

CERTIFICAT MEDICAL

SAISON 2018-2019

Je, soussigné(e), Docteur Médecin à

Certifie avoir examiné Mme, Mr

Âgé(e) de

Demeurant à

Et n'ayant pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents ni d'antécédents personnels contre-indiquant la **pratique de la randonnée pédestre selon le niveau correspondant aux définitions reprises au verso du présent document.**

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

Niveau 4

et/ou Marche Nordique (hors compétition) :

Indiquer la ou les pratiques autorisées.

Date :

Signature et cachet

Certificat Médical à adresser, par courrier poste, avec le bulletin d'adhésion et votre règlement à :

Michel INGELAERE 8, rue des Euwis 59113 SECLIN

ASSOCIATION WASQUEHAL MARCHE
17 Rue Jean Macé – 59290 WASQUEHAL
Association Loi 1901
Association affiliée à la FFRP sous le N° 1953
Statuts déposés à la Préfecture du Nord sous le n° 17706
Agrément Jeunesse et Sport n° 59 S 1285

Coupon à remplir, à découper (avant envoi du certificat médical) et à conserver sur vous lors des randos

NOM	PRENOM	<u>Antécédents médicaux et chirurgicaux</u>
Médecin Traitant : Dr à		<u>Traitement habituel</u> :
<u>Personne(s) à prévenir en cas d'accident</u> :		
1 - NOM :		<u>Allergies</u> :
Tel. Fixe	Tel. Portable	
2 - NOM :		<u>Remarques particulières</u> :
Tel. Fixe	Tel. Portable	